



FORMULARIO VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021 GRUPO 18 A 59 ANOS
COM COMORBIDADES
DECLARAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO SOCIAL DO PACIENTE:

() NOME SOCIAL: _____

() NOME CIVIL: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _/_____/_____

CPF: _____

PAÍS DE NASCIMENTO: _____

NACIONALIDADE: _____

IDADE: _____

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

() RESIDENTE () HABITANTE DE FRONTEIRA () NÃO RESIDENTE

RAÇA/COR:

() BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA

ENDEREÇO:

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____

CIDADE/UF _____/_____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 18 e 59 anos.

COMORBIDADE:

E11 I50 I11 I42 I51 D84 Q90
J44 I26 I24 I77 Z95 D57 K74
I15 I26 I08 I49 I61 N18 E66

**Outros CIDs:_____

***Assinatura do Profissional responsável, com carimbo, atestando a veracidade das informações

Data: _____/_____/_____

PERNAMBUCO, 2021

** Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica 11/2021

***Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe:

Unidade de saúde de natureza pública: Médico e Enfermeiro podem atestar. O profissional de enfermagem para assinar a declaração deve consultar os sistemas de informação/prontuário do paciente e colocar o carimbo da unidade com CNES.

Unidades de saúde de natureza privada: apenas os Médicos podem atestar.